ケアマネジメント結果票

氏名　　様　生年月日　　年　月　日　区分(□事業対象者 □要支援1 □要支援2)

住所　　電話番号

地域包括支援センター名　　ケアマネジメント実施者

（居宅介護支援事業所名：　　）

○ ご自身の意向

○ 生活の目標

○ 今後の取組について

【自分が取り組むこと(内容、頻度)】 【支援してもらうこと(いつ、誰に、何を)】

ケアマネジメント結果の同意

年　月　日

氏名　　印

≪地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)記載欄≫

▶該当するケアマネジメントに☑を入れてください。

□ 介護予防ケアマネジメントC　□ 卒業に関する介護予防ケアマネジメント

▶卒業に関する介護予防ケアマネジメントの場合、サービス利用終了月を記入し、該当項目に☑を入れてください。

サービス利用終了月・・・ 平成　年　月

□ 事業対象者の終了届提出と同時にサービス利用を終了

□ 要支援の認定期間満了と同時にサービス利用を終了

□ 要支援の認定期間中にサービス利用を終了